

MRI検査依頼票兼照射録

患者氏名 _____ 体重 _____ kg

生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 歳) _____ 男 _____ 女

検査日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 時 _____ 分 ~ _____ 時 _____ 分

病院名 _____ 医師名 _____

検査目的

※ 造影検査はおこなえません

検査部位

| | 部 位 | | | |
|-------|----------------------------------|--|-------------------------------------|-------------------------------------|
| 頭 部 | <input type="checkbox"/> 下垂体 | <input type="checkbox"/> VSRAD | <input type="checkbox"/> 眼 窩 | <input type="checkbox"/> 副 鼻 腔 |
| 頸 部 | <input type="checkbox"/> 頸 部 | <input type="checkbox"/> 耳 下 腺 | <input type="checkbox"/> 顎 下 腺 | <input type="checkbox"/> 甲 状 腺 |
| 心 臓 | <input type="checkbox"/> 心臓機能 | (T1map・長軸・短軸・EF・BB) | | |
| 胸部縦隔 | <input type="checkbox"/> 胸部縦隔 | | | |
| 腹 部 | <input type="checkbox"/> 肝 臓 | <input type="checkbox"/> 胆 膵 (MRCP) | <input type="checkbox"/> 腎 臓 | <input type="checkbox"/> その他 () |
| 骨 盤 腔 | <input type="checkbox"/> 膀 胱 | <input type="checkbox"/> 子 宮 | <input type="checkbox"/> その他 () | |
| 前 立 腺 | <input type="checkbox"/> 前 立 腺 | | | |
| 脊 椎 | <input type="checkbox"/> 頸 椎 | <input type="checkbox"/> 胸 椎 | <input type="checkbox"/> 腰 椎 | <input type="checkbox"/> 全 脊 椎 |
| 上 肢 | <input type="checkbox"/> 右肩関節 | <input type="checkbox"/> 左肩関節 | <input type="checkbox"/> 右肘関節 | <input type="checkbox"/> 左肘関節 |
| | <input type="checkbox"/> 右手関節 | <input type="checkbox"/> 左手関節 | <input type="checkbox"/> 右 手 | <input type="checkbox"/> 左 手 |
| 下 肢 | <input type="checkbox"/> 右股関節 | <input type="checkbox"/> 左股関節 | <input type="checkbox"/> 右大腿骨 | <input type="checkbox"/> 左大腿骨 |
| | <input type="checkbox"/> 右膝関節 | <input type="checkbox"/> 左膝関節 | <input type="checkbox"/> 右下腿骨 | <input type="checkbox"/> 左下腿骨 |
| | <input type="checkbox"/> 右足関節 | <input type="checkbox"/> 左足関節 | <input type="checkbox"/> 右 足 | <input type="checkbox"/> 左 足 |
| 非 造 影 | <input type="checkbox"/> 下肢動脈 | | | |
| 全身検索 | <input type="checkbox"/> DWIBS | _(※ DWIBSと主な検査部位にもチェックをお願いします)_ | | |
| そ の 他 | <input type="checkbox"/> その他 () | | | |